

ESTeSC

Escola Superior da Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Mãos que cuidam: Hábitos Pessoais, Mudanças em Comunidade

Um projecto de Educação para capacitar cidadãos para
a prevenção de doenças provocadas pelo lixo e águas
contaminadas

Rosália Maria Simões Mendes

Dezembro de 2013

Mestrado em Educação para a Saúde

Mãos que cuidam: Hábitos Pessoais, Mudanças em Comunidade

Um projecto de Educação para capacitar cidadãos para a
prevenção de doenças provocadas pelo lixo e águas contaminadas

Rosália Maria Simões Mendes

Orientadora: Professora Doutora Anabela Correia Martins

Dezembro de 2013

*«Por vezes sentimos que aquilo que fazemos **não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.»***
(Madre Teresa de Calcutá)

Agradecimentos

Agradeço a Todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, em particular à minha Orientadora, Doutora Anabela Correia Martins. Obrigada pelo incentivo!!

Este trabalho não está redigido segundo o novo Acordo Ortográfico.

Mãos que cuidam: Hábitos Pessoais, Mudanças em Comunidade

Resumo

Pretendeu-se com este projecto, perante a possibilidade de contactar diariamente com a realidade angolana, sensibilizar formativamente uma parte da sociedade para os benefícios para a saúde individual e colectiva que podem advir da melhoria de comportamentos no campo da higiene e correcto manusear do lixo doméstico.

A Carta de *Ottawa* (1986)¹ relata a importância do indivíduo e das comunidades, responsabilizando-os para o controlo da sua saúde no sentido de a melhorarem e atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a **saúde** é entendida como **um recurso para a vida** e não como uma finalidade de vida.

O paradigma da promoção da saúde evoluiu do comum investimento na prevenção da doença para o investimento na prevenção da saúde, e como tal a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a promoção da saúde enquanto processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidade para controlarem a sua saúde, na perspectiva de melhoria.

O actual trabalho pretendeu averiguar quais as noções e procedimentos que um profissional da educação e, concomitantemente responsáveis de família, tem no âmbito da higiene doméstica/ manuseamento do lixo e relacionamento com doenças precavíveis. Entre outros documentos de

¹ Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde - Canadá

suporte, a Política Nacional de Saúde (Diário da República, 2010) logo na sua introdução identifica que uma parte das perdas de vidas no país são devidas a doenças transmissíveis e mortes prematuras e evitáveis, sendo as mulheres e crianças as maiores vítimas.

Esta intervenção decorreu em ambiente escolar – Pré-Escolar João Paulo II – dirigida por Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria – Igreja Católica na Cidade de Saurimo, localizada na região Leste de Angola e pertencente à província da Lunda Sul, tendo como intervenientes cerca de 300 crianças com idades entre os 3 e os 6 anos e todos os recursos humanos envolventes para o correcto funcionamento do processo de educação em ambiente escolar – Dirigentes, educadores, educadores auxiliares, auxiliares, cozinheiras, motoristas, seguranças e jardineiro. Pretendeu, mais do que formar, consciencializar cidadãos activos na comunidade para a importância do bom manuseamento do lixo e da água potável para a prevenção de doenças preveníveis.

Os resultados da intervenção revelaram muita aceitação em querer aprender e melhorar comportamentos, apesar de os meios disponíveis ao alcance de todos serem ainda muito restritos.

Assim, houve todo o interesse e convite, por parte da direcção da instituição, para vontade de continuar com este projecto, sendo que se pretenderá em horário escolar, envolvendo directamente mais as crianças e, sempre que possível, os respectivos encarregados de educação, bem como introduzir o tema alimentação saudável.

Palavras-chave: Lixo, higiene, água potável, prevenção, promoção da saúde

Abstract

This project's intention, given the opportunity to contact daily with the Angolan reality, was to formatively sensitize society to the benefits to the individual and collective health that may result from the improvement of behavior in the field of hygiene and proper handling of household waste.

The Ottawa Charter (1986) reports the importance of individual and communities, charging them with control of their health, in order to improve and achieve a state of complete physical, mental and social well-being. The individual or the group must be able to identify and realize their aspirations, satisfy their needs, and change or adapt to the environment. Thus, health is understood as a resource for everyday life, not as an aim in life.

Health promotion paradigm evolved from common investment in disease prevention to investment in preventive health, and, as such the World Health Organization (WHO) defines health promotion as a process that aims to increase the capacity of individuals and communities to control their health, in the prospect of improvement.

This work aimed to investigate which procedures and notions does an education professional, as well as family leader, have about domestic hygiene/ waste handling and their connection with preventable diseases. Among other supporting documents, the National Health Policy (Diário da República, 2010) identifies that part of the loss of lives in the country is due to communicable diseases and avoidable deaths, with women and children as the main victims.

This intervention took place in a school environment – Pré-escolar João Paulo II - run by the Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria - Catholic Church in the City of Saurimo, located in the eastern region of Angola and belonging to the province of Lunda Sul, having as actors about 300 children aged 3 to 6 years and all surrounding human resources required the proper

functioning of the educational process in the school environment - leaders , educators , teacher's aides , assistants , cooks , drivers, security guards and gardeners. Its intention, rather than forming, were to raise awareness among active citizens in the community to the importance of properly handling waste and drinking water was a mean to prevent diseases.

Despite the very limited available means to people, the intervention results revealed much acceptance in wanting to learn and improve behaviors.

Thus, the institution management showed a lot of interest in continuing this project, and presented an invitation to do so. It is intended that it takes place during school hours, involving the children and, whenever possible, their tutors, and also introducing Healthy Eating as a future theme.

Keywords: Garbage, hygiene, drinking water, prevention, health promotion

Sumário

Sumário	VII
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	5
2.1 Gestão dos Resíduos Sólidos Urbanos – Saurimo	7
2.2 Água Potável	8
2.2.1 Rede Pública de abastecimento de água – Saurimo	10
2.3 Doenças provocadas pelo lixo e águas contaminadas	11
2.4 Programas de combate às doenças relacionadas com debilitado acesso a água potável, saneamento e higiene	16
3 FUNDAMENTOS	18
4 PROJECTO DE INTERVENÇÃO	20
4.1 Contextualização	22
4.2 Local	23
4.3 Metodologia.....	23
4.3.1 Sessão I.....	24
4.3.2 Sessão II.....	26
4.3.3 Sessão III.....	27
4.3.4 Sessão IV.....	27
4.3.5 Sessão V.....	28
4.3.6 Sessão VI.....	29
4.3.7 Sessão VII.....	29
4.3.8 Sessão VIII.....	30
5 RESULTADOS	31
6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	35
7 BIBLIOGRAFIA.....	38
8 ANEXOS	41

Anexo I – Pedido de cedência de dados estatísticos à Clínica Privada das Lundas	41
Anexo II – Autorização de cedência de dados estatísticos da Clínica Privada das Lundas	42
Anexo III – Pedido de autorização de intervenção no Pré-Escolar João Paulo II ...	43
Anexo IV – Cronograma de Intervenções	44
Anexo V – Questionário de diagnóstico e avaliação	45
Anexo VI – Jogo de apresentação a Teia	47
Anexo VII – Jogo do correcto ou incorrecto	48
Anexo VIII – Desenhos para pintar	51
Anexo IX – Desenho do Certo e do Errado	60
Anexo X – Oferta patrocinada pela empresa <i>Ponto Verde – Recolha de Resíduos Lda.</i>	58
Anexo XI – Pedido e autorização de patrocínio/ colaboração à empresa <i>Ponto Verde – Recolha de Resíduos Lda.</i>	59

Índice de Tabelas

Tabela 1- Percentagem da população que utiliza fonte melhorada de água para beber e instalações sanitárias melhoradas, em Angola9

Tabela 2 – Exigências mínimas do nível de serviço de água para promover a saúde12

Tabela 3 – Programas de Combate às doenças relacionadas com debilitado acesso a água potável, saneamento e higiene.....17

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Inscrições e análises colhidas durante o ano 201215

Gráfico 2 – Distribuição de análises, feitas em 2012, por área de estudo ..16

Siglas

ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra

ESTESC – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OMS – Organização Mundial de Saúde

MICS – *Multiple Indicator Cluster Survey* – Inquérito de Indicadores Múltiplos

1 INTRODUÇÃO

Angola é um país africano com uma superfície de 1 246 700km². Em 2005 estimou-se que a sua população era de 16,1 milhões de habitantes, com uma densidade média de 13 habitantes por Km², que se distribuem por 18 províncias, 164 Municípios e 532 comunas.

A situação económica vislumbra altos níveis de crescimento desde 2002, no entanto a maioria da população continua a viver abaixo da linha da pobreza, segundo Estratégias de Combate à Pobreza – documento oficial aprovado pelo Governo de Angola (Planeamento, 2003). A mesma publicação assume a necessidade da redução acelerada e sustentada da pobreza, calculada em 68%, actualmente num clima de paz e serenidade social, de forma a só assim ser possível ao país ultrapassar os desequilíbrios económicos e sociais provocados pelo ambiente hostil de guerra, e avance para o desenvolvimento económico e social “abrangente e sustentável”.

Somente 40% da população tem acesso a cuidados de saúde. O retrato epidemiológico de Angola mostra uma prevalência de doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, tripanossomíase e doenças imuno-preveníveis como o caso do sarampo e do tétano. A taxa de fertilidade é de 5,3, a esperança média de vida à nascença é de 51 anos e as taxas de mortalidade infantil (96 em 1000 nascimentos) e taxa de mortalidade infantil abaixo dos 5 anos (158 em 1000) (Organization W. H., 2013) continuam a ser números preocupantes e meritórios de um esforço de estratégias. Todavia este documento compara dados com as duas décadas anteriores e verifica-se um aumento significativo da esperança média

de vida, bem como uma atenuação considerável nos indicadores utilizados para avaliar a esperança média de vida e mortalidade.

A prestação de cuidados de saúde é feita pelos sectores público, privado e tradicional, tendo este último um peso muito forte, nomeadamente nos meios mais rurais e isolados.

Como estratégias institucionais está delineada uma reforma do Sistema de Saúde baseado nos cuidados primários, estando previsto um aumento, ainda que progressivo, no orçamento destinado ao sector da saúde.

Como desafios, alicerçados pela Organização Mundial de Saúde em estratégias de cooperação, resumem-se no reforço do sistema de informação de forma a monitorizar e avaliar os planos implementados; desenvolvimento de recursos humanos em saúde; redução da mortalidade materno-infantil; controlo de doenças transmissíveis (HIV/ SIDA, Tuberculose e Malária), doenças imuno-preveníveis e doenças tropicais negligenciadas; reforço da promoção da saúde e criação de ambientes saudáveis.

Educar para a saúde deverá ser dotar os cidadãos de ferramentas e conhecimentos necessários para o seu, e dos que o rodeiam, desenvolvimento saudável ao longo da sua vida.

Este trabalho desenvolver-se-á em Saurimo, capital da Província Lunda Sul e terá como forte sustentabilidade teórica documentos gerais e regionais da Organização Mundial de Saúde; as directrizes da Estratégia de Combate à Pobreza, supra citado e a Política Nacional de Saúde (Angola D. d., 2010). Tendo em conta a realidade que se vive, foram documentos onde se encontrou os retratos mais espontâneos e

fidedignos da realidade Angolana, tendo-se também verificado o já cumprimento e resultados de muitas das medidas aí apregoadas.

Acrescenta-se a importância que os mitos e ou tradições transmitidas de forma geracional têm na população local influenciando muito os comportamentos dos cidadãos perante a doença ou promoção da saúde.

“A pobreza em Angola contrasta com as potencialidades em recursos naturais que o País oferece e com as suas riquezas minerais. Angola é o segundo maior produtor de petróleo na África Subsariana e o quarto maior produtor de diamantes do mundo. Para além dos recursos minerais, Angola beneficia de boa pluviosidade, terras aráveis, água, florestas, pesca costeira e do interior, e uma rara riqueza de fauna e flora.” (Objectivos de Desenvolvimento do Milénio - Relatório de Progresso, 2005)

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As políticas públicas de saúde têm sido de alguma forma convincentes quanto aos seus resultados. Aumentou-se a esperança média de vida, segundo os objectivos definidos, as metas foram satisfatoriamente alcançadas e os estudos mostram-nos que actualmente vive-se com mais saúde, à imagem do que se vivia há umas décadas atrás, isto associado à melhoria das condições socioeconómicas das populações. Significa então que há uma grande responsabilidade, por parte dos decisores políticos, na tomada de políticas saudáveis, sustentadas pela alta concordância e alta certeza, e de fácil acesso/ interpretação por parte dos cidadãos de forma a ajudarem no nível de saúde de uma população. Medidas essas que devem ser multisectoriais e de colaboração, envolvendo organizações e instituições que estão ao dispor da comunidade.

Na literatura consultada, nomeadamente questionários e estudos populacionais deparamo-nos sempre com um grande hiato entre as zonas urbanas e zonas rurais, sendo as zonas rurais as que apresentam números menos favoráveis.

A recente Lei que doutrina todo o processo de saúde angolano, ainda na parte da análise dos factos, expõe os seguintes dados:

“2.1.5. Habitação, água, saneamento e ambiente: (...) Segundo o Questionário de Indicadores Múltiplos (MICS)² de 2001, 81% da população angolana não trata a água antes de

² MICS 2001 – Foi o primeiro inquérito feito em Angola depois de 1996, feito pelo INE e com a assistência técnica e financeira do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O principal objectivo foi a recolha de dados para cálculo de indicadores sociais de base relacionados principalmente com a situação da Criança e da Mulher.

beber. Cerca de 40% da população não extraem água de fontes seguras, 33% usam água canalizada (directamente de habitações e/ ou chafariz) e 29% usam água extraída de outras fontes seguras (furos, poços e nascentes protegidas).

Nas zonas rurais apenas 22% dos habitantes têm acesso à água própria para consumo e 26% tem acesso a serviços de saneamento. (...) 41% dos agregados familiares não utilizam meios sanitários de tratamento de fezes.” (Angola Diário da República, 2010)

A redução das elevadas taxas de mortalidade infantil e materna e o controlo das doenças que mais afectam a população são os grandes desafios a alcançar na próxima década em Angola. No documento atrás referido assume-se a pobreza e ignorância, juntamente com alguns factores estruturais do sistema de saúde como factores a trabalhar, obrigando as intervenções a ter na **promoção da saúde e prevenção de doenças**.

Neste sentido, pretende-se mudar comportamentos, não descurando o ambiente físico e socioeconómico que naturalmente são complementares em educação e promoção da saúde.

“Educação para a saúde – dimensão saudável dos sujeitos, capacitando-os para uma atitude positiva que conduza à adopção de estilos de vida saudáveis em diferentes dimensões.” (Pereira, Rodrigues, & Barroso, 2005)

Corrobora-se o modelo de intervenção segundo uma abordagem **salutogénica** da saúde de Antonovsky, referido por Graça Carvalho, 2006, onde o foco está nas causas que nos levam a ter uma boa saúde e não as causas da doença. Neste sentido, é relevante dotar os cidadãos de conhecimentos e recursos capazes para a manutenção do seu próprio bem estar, da família e da comunidade em que estão inseridos,

bem como a manutenção dos espaços social e ambiental. Segue-se o modelo educacional informando primeiro e capacitando-os de conhecimentos de forma a depois serem capazes de fazer as suas escolhas segundo estilos de vida saudáveis.

2.1 Gestão dos Resíduos Sólidos Urbanos – Saurimo

A Gestão de Resíduos Sólidos Domésticos Urbanos é feita por duas empresas privadas, sendo que uma está responsável pela zona mais urbana e outra pelas zonas periurbanas da cidade.

Existem depois empresas prestadoras de serviços, cerca de 18, a quem lhes é adjudicada a função de limpeza e manutenção de valas de drenagem, jardins e cemitérios, com zonas protocolarmente delimitadas. Estas empresas apenas têm como função varrer e limpar. São equipas de funcionários que percorrem todos os espaços da cidade com vassouras e pás, deitando o lixo que acumulam nos contentores.

Em contacto com a empresa de maior impacto, quer em área de abrangência, quer em equipamentos, que pertence ao Grupo 7 Cunhas – *Ponto Verde - Recolha de Resíduos, Lda.*, através de contracto celebrado com o Governo Provincial da Lunda Sul, está assegurada a recolha diária de resíduos sólidos domésticos urbanos provenientes de estabelecimentos comerciais e resíduos sólidos hospitalares equiparados a resíduos urbanos não contaminados por quaisquer produto biológico, físico ou químico. O tratamento dos resíduos é feito em camadas compactadas no aterro sanitário municipal.

O *Ponto Verde* possui 4 viaturas pesadas, para recolha do lixo de contentores grandes e 2 viaturas de recolha do lixo de contentores

pequenos, e 54 funcionários (recolha e varrer ruas) que são responsáveis pela limpeza e recolha de 63 contentores pequenos e 41 contentores dos grandes³.

Por dia são, os contentores pequenos são evacuados 2 vezes, \approx 150 toneladas de lixo e dos contentores grandes a recolha é feita uma única vez, \approx 320 toneladas, o que remete para cerca de 500 toneladas de lixo/ dia que é efectivamente recolhido e acumulado em aterro sanitário.

Num contacto que foi feito com a Empresa citada foi-nos transmitida a necessidade já assumida de colocar mais contentores na cidade, bem como aumentar a regularidade na recolha – “por vezes o contentor que foi despejado, passado 1 hora já está de novo a abarrotar com lixo”.

2.2 Água Potável

A qualidade da água que usamos em todas as nossas rotinas diárias, quer seja para beber, higiene doméstica, alimentação ou mesmo de forma recreativa tem um impacto importante na saúde de cada cidadão (WHO, Water Quality and Health Strategy 2013-2020) ou na saúde de toda uma comunidade, como acontece em situações de catástrofes naturais como sismos, furacões, cheias, etc. Neste documento é traçada toda uma estratégia global de prevenção/ acção de forma a diminuir as doenças transmissíveis por água contaminada – diarreias, febre tifóide, cólera...e um dos elementos com influência cada vez mais crítica no desenvolvimento humano é o acesso a água potável.

³ Contentores grandes – capacidade de 8000kg
Contentores pequenos – capacidade de 800kg

Tabela 1- Percentagem da população que utiliza fonte melhorada de água para beber e instalações sanitárias melhoradas, em Angola

	% População que utiliza fonte melhorada de água para beber	% População que utiliza instalações sanitárias melhoradas	% População que utiliza uma fonte melhorada de água para beber e instalações sanitárias melhoradas
Angola	42%	59,6%	31,7%
Área Urbana	57,9%	82,5%	49,3%
Área Rural	22,8%	31,9%	10,5%

Fonte: ODM – Relatório de Progresso 2010

A tabela 1 demonstra, a disparidade que há entre o meio urbano e o rural. Verificando-se que quem habita na zona urbana terá mais facilmente acesso a fonte de água melhorada e, ou, beneficiar de saneamento básico. Segundo a mesma fonte, a escolaridade do chefe do agregado familiar influencia a percentagem de população que utiliza fonte melhorada de água para beber, sendo que 25% apresenta nenhum nível e 55,5% possui, pelo menos, ensino secundário. O mesmo acontece quando se analisa em simultâneo os dois parâmetros, com percentagens de 12,8 sem escolaridade alguma e 49,5 para ensino secundário ou mais. No que diz respeito à água potável, o relatório de progresso 2013 dos ODM assumem que em cada 10 pessoas que passaram a usufruir de acesso a água potável, 6 residem em meios urbanos. Tal como 83% da totalidade de população mundial sem acesso a água potável, vive em meios rurais. Como tal foi deixado o desafio de focar atenções para estratégias de acesso a água potável para os meios rurais, o mesmo no que diz respeito ao saneamento. Também não deixa de ser importante salientar que um serviço de abastecimento de água potável de uso doméstico, obriga a que haja um escoamento concertado das águas residuais – Saneamento básico.

2.2.1 Rede Pública de abastecimento de água – Saurimo

Estima-se que em Saurimo, à semelhança do cenário nacional, 70% da população não tenha acesso directo a água potável, o que não permite garantir as normas básicas de higiene como o simples lavar de mãos, higiene corporal e uso doméstico.

O sistema de abastecimento de água potável à cidade de Saurimo foi alvo de uma reabilitação, na última década, no entanto continua a ser insuficiente face aos níveis de consumo, bem como a toda a estrutura que se encontra devoluta, levando perdas e infiltrações/contaminações da água.

No casco urbano, as pessoas abastecidas por uma rede de água potável, usufruem, pelo menos, 3 vezes água por semana. Neste caso, como há um acesso regular a água potável a preocupação com a saúde é baixa. É preocupante nas zonas periurbanas, com cerca de $\frac{3}{4}$ da população, onde os pontos de acesso a água potáveis (fontanários) estão longe. Porém existe ainda a terciarização de serviços de abastecimento de água que com tanques percorrem a cidade, vendendo água junto das pessoas que não têm acesso à rede pública de abastecimento.

Não existe um tratamento de águas residuais – saneamento básico o que se torna num foco de poluição e chamariz de bicharada, que são potenciais veículos para transmissão de doenças.

Depara-se então com uma cidade onde há ainda um acesso limitado a uma rede de água potável e onde não existe um escoamento concertado de águas residuais.

2.3 Doenças provocadas pelo lixo e águas contaminadas

O investimento em saúde no governo continua a ser ainda baixo, 5% dos gastos públicos totais, e o acesso aos serviços de saúde ainda não abrange metade da população global (Connor, Julho 2010).

Tabela 2 – Exigências mínimas do nível de serviço de água para promover a saúde

Nível de Serviço	Meios de acesso	Necessidades satisfeitas	Nível de preocupação com a saúde
Sem acesso (Quantidade recolhida menor que 5l/d/hab)	Mais de 1.000 m ou 30 minutos de distancia do ponto de água	Consumo - não assegurado; Higiene não é possível	Muito elevado
<9 Acesso Básico (Quantidade Média não excederá 20l/d/hab)	Entre 100 e 1.000 metros ou de 5 a 30 minutos do ponto de água	Consumo - poderá ser assegurado; Higiene - Lavar mãos e higiene alimentar básica; dificuldade em manter a higiene pessoal	Alto
Acesso Intermédio (Quantidade Média cerca de 50l/d/hab)	Ponto de água perto (100 metros ou 5 minutos de acesso)	Consumo – Assegurado Higiene - Todas as necessidades básicas asseguradas ao nível de higiene pessoal e comida	Baixo
Ótimo Acesso (Quantidade Média de 100l/d/hab)	Disposição de água, com múltiplo acesso de forma contínua	Consumo - Necessidades satisfeitas Higiene - Todas as necessidades podem ser satisfeitas	Muito baixo

Fonte: Organização Mundial de Saúde - 2003

A tabela anterior, desenhada pela OMS (Howard & Bartram, 2003) propõe um grau de preocupação com a saúde associado ao nível de serviço de acesso de água e com a distância despendida para obter água potável. Existem ganhos para a saúde quando a água está facilmente disponível para uso doméstico, quer para consumo, quer para higiene.

As doenças infecto-contagiosas, a diarreia, e doenças respiratórias, surgem como grandes preocupações da OMS como causas de mortalidade e morbilidade de uma grande parte da população, e em concreto, nos países em desenvolvimento como é o caso de Angola.

Estabelece ainda que determinadas doenças, estão directamente ligadas com problemas de lixo e águas não tratadas, sendo portanto necessário uma precaução maior em termos de comportamentos individuais e uma responsabilidade mais célere no que diz respeito a decisões políticas. Destacam-se as seguintes doenças:

- **Diarreia** – sintoma de infecção provocada por uma série de organismos bacterianos, virais e parasitários, a maioria transmitida por água contaminada. Pode também ocorrer contaminação de pessoa para pessoa por falta de higiene pessoal.

- **Malária/ Paludismo** – Considera a doença mais importante do mundo transmitida por mosquitos que se reproduzem em água doce ou salobra. Ocorre, principalmente em países tropicais. A ecologia da doença está associada à disponibilidade da água.

- **Febre Tifóide** – Infecção causada por bactérias – *Salmonella* – do tracto intestinal e na corrente sanguínea, transmitidas através da ingestão de fezes. Associada a ambientes de água potável insegura e disposição inadequada de esgotos, também por alimentos contaminados.

- **Tracoma** – Infecção nos olhos. Principal causa mundial de cegueira evitável. Ocorre onde há condições de superlotação e acesso limitado à água e cuidados de saúde. É transmitido pelas mãos, pela roupa ou por insectos que pousam em pessoas infectadas.

- **Leptospirose** – Doença bacteriana que pode afectar humanos e animais. A infecção humana acontece depois do contacto directo com a urina dos animais infectados ou por ambientes onde possa haver contaminação, como água de superfície, plantas, solo. Precauções: manter um ambiente limpo de forma a evitar o aparecimento de ratos ou insectos.

- **Cólera** – infecção aguda no intestino. Acontece depois de comer alimentos ou beber água contaminada.

- **Hepatite A e E** – Inflamação do fígado através de um vírus transmitido pela via fecal-oral através de água contaminada e também de pessoa para pessoa.

- **Esquistossomose** – É uma doença que é veiculada pela água. É considerada, pela OMS, como a segunda infecção parasitária mais importante, depois da malária, em termos de saúde pública e impacto económico. Os humanos são infectados ao estarem em contacto com águas contaminadas por larvas que se desenvolvem em caramujos de água doce. Por sua vez, os seres humanos infectados excretam parasitas pelas fezes e urina, que em contacto com água doce, volta a criar nova geração de larvas.

Precauções comuns a todas as doenças enunciadas: boa higiene pessoal e ambiental; lavagem constante das mãos, acesso e consumo de água potável e melhoria de condições de saneamento.

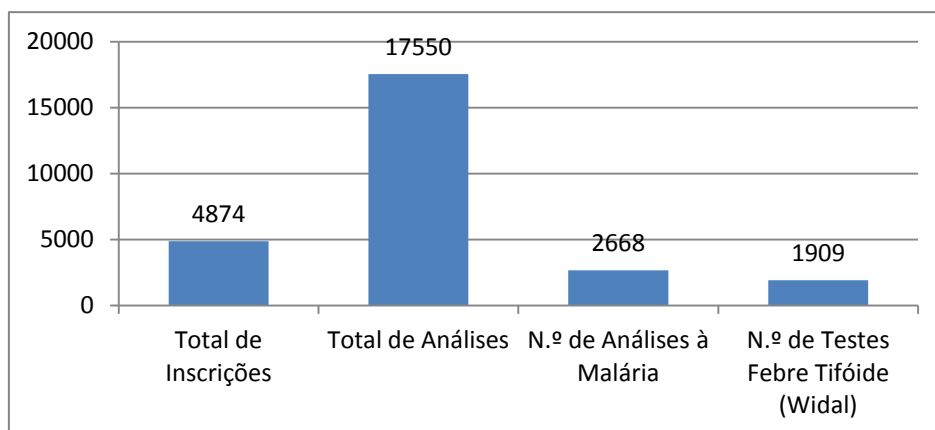
Tal como o referido no relatório “Mettre fin aux décès évitables d’enfants par pneumonie et diarrhée d’ici 2025” (Santé, 2013) a cura para estas duas doenças não necessita de grandes descobertas científicas, existem já provas de que as intervenções resultam, se ainda

continuam a morrer crianças nestas condições é porque os serviços agem de forma fraccionada e os mais expostos aos riscos não beneficiam de auxílio.

A fim de obter informação mais precisa, foram solicitados, dados estatísticos, à Clínica Privada das Lundas (Anexos I e II), para que se ilustre o que se pretende esclarecer, nomeadamente do elevado número de casos diagnosticados com Malária/ Paludismo e Febre Tifóide. Nesta instituição são feitas análises das seguintes áreas: Hematologia; Bioquímica; Parasitologia; Microbiologia; Virologia e Imunologia.

Durante o ano de 2012, verificou-se o panorama mencionado no gráfico 1:

Gráfico 1 – Inscrições e análises colhidas durante o ano 2012

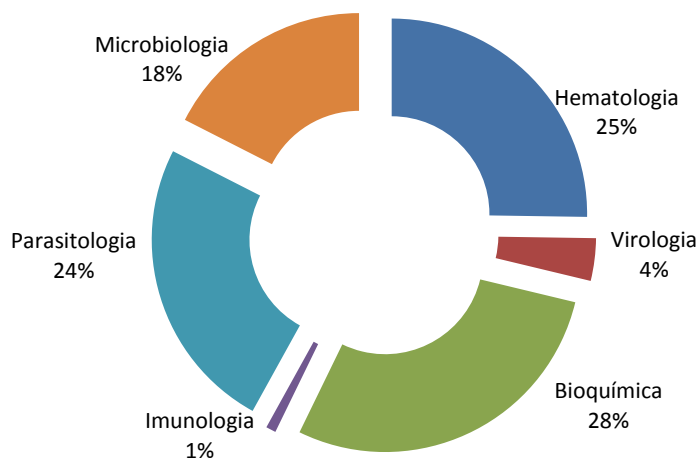


Fonte: Clínica Privada das Lundas – Saurimo 2013

O gráfico revela que 15,2% de análises realizadas foram pesquisa plasmódio, teste para verificar a existência de parasitas *Plasmodium spp.*, responsáveis pela Malária/ Paludismo, por outro lado 10,8% foram reacções *Widal*, técnica utilizada para a diagnóstico de febre tifóide. Significa isto que na área de laboratório foram estas as duas patologias com mais suspeitas.

No quadro geral, gráfico 2, salienta-se o baixo número de análises de Virologia, num país onde a incidência de HIV e Hepatites é bastante elevado. Verifica-se também que a área com mais expressão é a Bioquímica (glicose, colesterol, ácido úrico...), com cerca de 18% das análises feitas, ressalva-se que neste campo é onde existe um maior espectro de análises. Por outro lado a Parasitologia, que apenas se refere ao diagnóstico de Malária, ocupa ¼ das análises realizadas.

Gráfico 2 – Distribuição de análises, feitas em 2012, por área de estudo



Fonte: Clínica Privada das Lundas – Saurimo 2013

Em considerações tiradas com a responsável da clínica, esta chamou à atenção para as seguintes variáveis que influenciam a informação estatística:

- Trata-se de uma clínica privada, como tal só ao acesso de uma pequena parte da população com algum poder económico;
- A zona geográfica em causa ainda é bastante influenciada pela medicina tradicional e mesmo com fortes crenças pessoais tradicionais;
- Pela decisão pessoal do clínico em prescrever ou não a análise.

2.4 Programas de combate às doenças relacionadas com debilitado acesso a água potável, saneamento e higiene

Existem muitos factores internos como a paz social que o país vive, o alto crescimento económico, o apoio do Governo em investimentos visíveis na Estratégia de combate à Pobreza, o aumento das verbas orçamentadas à área da saúde que surgem como oportunidades visíveis para que muito se faça de forma a reduzir os números menos “saudáveis” da área da Saúde. Por outro lado têm toda a comunidade internacional, através dos grandes organismos como a WHO, UNICEF, Nações Unidas, com programas específicos para apoiar e auxiliar esta sociedade angolana que no campo da saúde ainda apresenta situações muito constrangedoras. Salientam-se os seguintes programas:

Tabela 3 – Programas de Combate às doenças relacionadas com debilitado acesso a água potável, saneamento e higiene

Nome Programa	Entidade(s) Responsável(eis)	Acesso
Estratégia de Combate à Pobreza - Pretende agir, de forma multisectorial, no sentido de reduzir de forma acelerada e sustentada a pobreza no país	Governo de Angola	Governo de Angola – Ministério do Planeamento
Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – Combate à pobreza e desenvolvimento sustentável	Organização das Nações Unidas – Parceria Global 189 países	http://www.un.org/millenniumgoals/
Water, Sanitation and Hygiene – proporcionar o acesso a quantidades suficientes de água potável, providenciar instalações para a adequada eliminação de excrementos e promover comportamentos de higiene	Organização Mundial de Saúde e UNICEF	http://www.who.int/water_sanitation_health/en/
Global Handwashing Day – Conscientizar, promover e apoiar o gesto de lavar as mãos com sabão, bem como os seus benefícios preventivos	The Global Public-Private Partnership for Handwashing with Soap (PPPHW)	http://globalhandwashing.org/why/promoting-handwashing

Water, Sanitation & Hygiene – desenvolvimento de ferramentas e tecnologias que podem levar a melhorias radicais e sustentáveis de saneamento nos países em desenvolvimento.	Bill & Melinda Gates Foundation	http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Development/Water-Sanitation-and-Hygiene
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

É importante atingir as metas. Cumprir objectivos e quantificar resultados. Governar investindo em resultados e prevendo um impacto futuro nas políticas que se implementam.

As metas ainda não foram atingidas, mas houve muitos ganhos para a saúde e são esses resultados que nos fazem acreditar que está nas mãos de cada cidadão individual, responsável, capacitado e instruído e a viver em comunidade, muito do sucesso nos benefícios que é a Saúde. No entanto, afigura-se que o conceito ainda não está muito apreendido. Deverá haver autonomia e exigência do grande investimento que já está a ser feito em estratégias multidimensionais e multisectoriais, não procurando apenas cumprir calendário com actividades pontuais e desfasadas em tempo e contexto.

3 FUNDAMENTOS

Numa era em que se fala, cada vez mais, numa escassez de recursos, intervir de forma profiláctica “resulta em ganhos em saúde com maior economia de meios” (Pereira, Rodrigues, & Barroso, 2005), e como tal a OMS define a promoção da saúde enquanto processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidade para controlarem a sua saúde, na perspectiva de melhoria.

Na óptica de Gro Harlem Brundtland (Directora Geral da OMS – 2002) “Um programa de saúde escolar efectivo [...] é o investimento de custo - benefício mais eficaz que um país pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde”.

A saúde deixa de ser apenas ausência de doença, para, presentemente, ser alcançada como um equilíbrio dinâmico entre factores intrínsecos ao ser humano, de natureza biológica, psicológica, afectiva e comportamental, e factores extrínsecos, próprios do meio ambiente físico e relacional que o rodeia. Educação para a saúde pretende melhorar a compreensão dos determinantes da saúde e ajudar as pessoas a desenvolver capacidades para mudar.

Determinantes sociais da saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Observatório Regional de Saúde – DSP, ARS Algarve

Tem como base de suporte as directrizes de documentos basilares como sejam: a Declaração de *Alma-Ata* (1978) que exige a criação de condições capazes de assegurar os cuidados primários de saúde, tendo como meta “todos os povos até ao ano 2000 atinjam um nível de saúde que lhe permita uma vida social e economicamente produtiva”, acrescentando que a saúde é um recurso que deve estar ao alcance de todos. Mais tarde a Carta de *Ottawa* (1986)⁴ que relata a importância do indivíduo e das comunidades, responsabilizando-os para o controlo da sua saúde no sentido de a melhorarem e atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a **saúde** é entendida como **um recurso para a vida** e não como uma finalidade de vida.

Rochon, 1996, citado por Rodrigues (Pereira, Rodrigues, & Barroso, 2005), define educação para a saúde como toda a combinação de experiências de aprendizagem planeada, destinada a facilitar as mudanças voluntárias para uma vida saudável. No entanto o autor, concorda que

“os maiores inimigos para a saúde humana, não são as epidemias em si, mas os próprios hábitos e comportamentos não saudáveis, (...) Com iniciativa e boa vontade, qualquer cidadão pode converter-se num agente educador de saúde.”

⁴ Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde - Canadá

4 PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Tendo como base a prioridade que foi dada à educação nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio elencados pelas Nações Unidas, propôs-se um projecto em meio escolar mas de forma transdisciplinar. Educação para a saúde é por natureza um campo de acção entre pares, de parceria. É a pedagogia de através da promoção da saúde, prevenir a doença. As escolas são potenciais plataformas promotoras de saúde onde não se pretende obrigar ou persuadir mas sim auxiliar na tomada de uma opção consciente e informada.

A implementação de práticas que promovam a saúde e o bem-estar, num ambiente físico da escola adequado, num ambiente social saudável entre toda a comunidade escolar, envolvendo as famílias, os funcionários os grupos sociais e os serviços de saúde primários, todos direccionados para a promoção da saúde dos alunos, tem como princípios:

- Promover a saúde e o bem-estar dos alunos.
- Melhorar os resultados escolares.
- Defender os princípios de justiça social e equidade.
- Fornecer um ambiente seguro e de apoio.
- Fomentar a participação dos alunos e desenvolve as suas competências (*empowerment*).
- Articular as questões e os sistemas da saúde e da educação.
- Abordar as questões de saúde e bem-estar de todo o pessoal da escola.
- Colaborar com os pais dos alunos e com a comunidade.
- Integrar a saúde nas actividades correntes da escola, no programa escolar e nos critérios de avaliação.

- Estabelecer objectivos realistas com base em dados precisos e com sólidas evidências científicas.
- Procurar uma melhoria constante através de uma supervisão e a avaliação contínua (IUHPE 2013).

A avaliação teve a sua complexidade, pois resultados traduzidos na promoção da saúde, produzem-se a médio e longo prazo.

Fundamentou-se no dia Mundial de Lavar as Mãos com Água e Sabão (<http://globalhandwashing.org/ghw-day>), uma estratégia pensada e dirigida para as crianças, sustentada no facto que serem o grupo etário que mais sofre com doenças e mortes provocadas por diarreias e falta de cuidados de higiene, como são os mais aficionados e abertos a novas ideias, sendo naturalmente bons agentes para mudar comportamentos. Os mentores do programa, escoram no facto de esta ser uma das maneiras mais eficaz e mais acessível de prevenir infecções diarreicas e respiratórias agudas, responsáveis pela vida de milhões de crianças nos países em desenvolvimento.

Objectivos

- Desenvolver a aprendizagem, designadamente a responsabilidade social e participação na comunidade de uma instituição escolar;
- Fomentar o empenho na defesa do meio ambiente e das tendências em termos ambientais de uma comunidade com ligações a uma instituição escolar;
- Implementar estratégias e actividades lúdicas que visem a promoção da saúde;
- Aumentar a segurança alimentar e promover a saúde pública;
- Potenciar eventuais sinergias com os planos Nacionais e Multinacionais de Promoção de Saúde.

Resultados esperados

- Formar 50% dos recursos humanos de uma instituição escolar, Pré-Escolar João Paulo II, dirigida pelas Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria no sentido de compreenderem a sua importância, como exemplo na transmissão de conhecimentos uteis para a promoção da saúde;
- Cada formando, deve identificar, pelo menos 5 regras de higiene fundamentais, quer em meio social, quer em meio familiar, para prevenir a saúde humana;
- Implementar num grupo de crianças de uma instituição , Pré-Escolar João Paulo II, dirigida pelas Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria 2 gestos de higiene diários obrigatórios;
- Concretizar duas parcerias com empresas locais para o seu envolvimento na promoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade.

4.1 Contextualização

Saurimo é a cidade onde foi desenvolvido o projecto de intervenção.

Caracterização:

É a capital da Província da Lunda Sul, situada na zona Leste do território nacional, a cerca de 1050km de Luanda, capital do País. Os principais recursos naturais da província são os diamantes, o magnésio e a madeira. Tem uma população estimada em cerca de 400.000 habitantes, distribuídos pelos seus 4 municípios: Cacolo – 78.871, Dala – 76.038, Muconda - 93520 e Saurimo 151.571. Tal como o restante cenário de Angola as capitais de província são as que acolhem o maior número de residentes.

Na área da educação, e à semelhança do cenário nacional, 65% da população, 260.000 habitantes, tem idade escolar, sendo que apenas 30.000, 7,5% estão inseridos no sistema de ensino.

Neste momento, em termos de equipamentos médicos tem um hospital provincial, um hospital materno infantil, um hospital pediátrico, dois centros de saúde pertencentes a entidades governamentais. Estão ainda em funcionamento duas clínicas privadas, munidas de alguns meios de diagnóstico, raio-x, ecografia, bem como consultas de algumas especialidades (Pediatria, Cardiologia, Ortopedia, Oftalmologia, Estomatologia, Cirurgia).

4.2 Local

As actividades de intervenção foram desenvolvidas na Instituição Pré-Escolar João Paulo II, dirigida pelas Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria (Anexo III) de cariz católico, no centro da cidade, com uma população de 300 crianças com idades compreendidas entre 2 e 6 anos.

4.3 Metodologia

Pretendeu-se focar em acções que podem ajudar na melhoria da saúde individual e colectiva, mas que não dependam directamente de grandes investimentos financeiros e económicos.

Foram realizadas 8 sessões (Anexo IV), 6 das quais com os recursos humanos da creche – cada uma com duração de 90 minutos, após as actividades lectivas e 2 com os 6 grupos de crianças, com a duração de 20 minutos, durante o período lectivo.

Recorreu-se à participação de uma Técnica de Análises de uma Clínica Privada de Saurimo para que possa exemplificar,

contextualizar e esclarecer comportamentos que vai presenciando na sua prática profissional diária.

As sessões foram previamente delineadas, sendo que houve sempre o cuidado de satisfazer as necessidades dos formandos o que levou por vezes a reajustamento da planificação. Foi sempre privilegiada uma metodologia participativa com recurso a jogos e materiais audiovisuais.

O horário das sessões foi sempre definido consoante as possibilidades dos formandos.

Recorreu-se a uma metodologia qualitativa e interpretativa, com recurso ao questionário (Anexo V), para a recolha de dados quantitativos e sessões de formação com o objectivo de encontrar significados, justificar atitudes e comportamentos. Das várias características da investigação qualitativa, destacadas por Bogdan e Biklen (1994), salienta-se a ida ao local para recolha de dados com grande detalhe através de métodos interactivos e humanistas, reconhecendo-se valores e interesses pessoais das vivências de cada um dos participantes.

Os resultados da análise dos questionários e das sessões desenvolvidas, são apresentados e discutidos com o sentido de identificar prós e contras à eficiente continuidade da implementação do projecto.

4.3.1 Sessão I

A primeira sessão aconteceu a 31 de Agosto de 2013 num espaço multiusos da Instituição, após o horário de trabalho – das 15h às 16h30. Foram 17 os participantes, entre eles os membros da direcção.

Numa primeira parte foi a apresentação através da estratégia A Teia (Anexo VI), como pergunta chave pretendeu-se que cada formando dissesse um tema sobre o qual tinha curiosidade em saber mais informação. Temas esses que foram anotados de forma a ir esclarecendo nas sessões seguintes.

- Porque é que em Angola não há cura para a SIDA/ HIV
- Como lidar com uma criança que é muda
- Porque é que o Paludismo/ Malária ataca muito nas crianças
- Porque é que a Diabetes aparece mais nas pessoas gordas
- Como trabalhar com crianças
- Qual o papel da Educadora
- Como recuperar os valores na educação
- Doenças respiratórias – medidas para evitá-las?
- Como acompanhar crianças de pais separados
- Como reagir perante violência doméstica
- Como fazer higiene e tratar do lixo
- Quais as consequências do contacto constante com o lixo.

A segunda parte da sessão foi a apresentação e objectivos da formação. Foi esclarecido que se pretendia apostar na sensibilização para a prevenção de doenças que sejam consequência do mau manuseamento de lixo e deficientes atitudes de higiene, como elementos fundamentais na formação e educação para atitudes individuais de responsabilidade e cidadania. Tal como o preconizado na Carta de *Ottawa* (1986)⁵ que relata a importância do indivíduo e das comunidades, responsabilizando-os para o controlo da sua saúde

⁵ Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde - Canadá

no sentido de a melhorarem e atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

4.3.2 Sessão II

A sessão ocorreu no dia 07 de Setembro de 2013 das 15h30 às 17h.

Participaram 17 formandos incluindo os membros da direcção.

A OMS define a promoção da saúde enquanto processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidade para controlarem a sua saúde, na perspectiva de melhoria. Neste sentido pretende-se sempre dar aos formandos as ferramentas para que eles se conscientizem que a mudança pode depender em muito das suas atitudes individuais e em sociedade.

Na primeira parte da sessão foi pedido que cada um referisse uma situação/ atitude com a qual se tenha deparado na semana que passara e que tenha achado incorrecta. Das respostas dadas, salienta-se:

- Um casal, logo por volta das 7h30 a beber cerveja;
- Uma senhora, com o filho recém nascido, caíra em frente à polícia e não teve a ajuda de ninguém;
- Várias situações de cidadão a deixarem cascas de fruta e latas de bebida na via pública;
- Várias situações em que as crianças estão demasiado sujas em contexto escolar;
- Uma criança a levar o lixo ao contentor, como não tinha alcance suficiente, deitou o lixo no chão, à beira do contentor;
- (...)

Partiu-se destas situações para contextualizar, em termos históricos o aparecimento e existência do lixo nas sociedades bem como os malefícios que o seu incorrecto manuseamento acarreta.

4.3.3 Sessão III

A sessão ocorreu no dia 14 de Setembro de 2013 das 15h30 às 17h. Participaram 18 formandos incluindo os membros da direcção e houve a especial colaboração de uma Técnica de Análises da Clínica Privada em Saurimo.

Num primeiro momento distribuíram-se frases (Anexo VII) pelos formandos as quais cada elemento leu em voz alta para o grupo e deveriam posicionar a frase no campo do correcto ou no campo do incorrecto.

Esta actividade justifica-se pela necessidade que se sentiu, ao analisar os questionários, em perceber até que ponto os formandos conseguiam interpretar um texto.

Todas as frases analisadas tiveram uma correcta interpretação, no entanto levantou-se uma dúvida de carácter científico na seguinte frase :”A febre Tifóide é provocada pela mordidela de uma barata”. Foi com alguma desconfiança que o grupo aceitou que a febre Tifóide não era provocada pela mordidela de uma barata e/ou insecto mas sim pela ingestão de água e/ou alimentos contaminados por dejectos humanos e/ou esgoto.

Devido ao interesse dos formandos e necessidade em querer saber mais sobre cada situação que se ia falando, não foi possível analisar todas as frases, ficando a sua continuação para a próxima sessão.

4.3.4 Sessão IV

Esta sessão aconteceu no dia 22 de Setembro de 2013, das 16h às 17h30.

Participaram 15 formandos incluindo os membros da direcção e teve a especial colaboração de uma Técnica de Análises de uma Clínica Privada de Saurimo.

Os primeiros momentos da formação foram dedicados a concluir a actividade da Sessão II.

Seguidamente foram elencadas as doenças que directamente estão associadas com o lixo e parcas condições de higiene – Malária/ Paludismo; Febre Tifóide; Leptospirose; Cólera; Doenças Diarreicas (Parasitas Intestinais); Hepatite A; Dengue; Febre Amarela; Tracoma, Dermatite de Contacto e Tétano . Partiu-se sempre dos conhecimentos dos formandos e complementando com informação científica.

Nesta sessão a Técnica de Análises teve bastante importância na medida em que ia ilustrando com situações correctas e/ou incorrectas dos utentes que frequentam a clínica, de forma a elucidar quais os comportamentos a ter em caso de certos sintomas. Tentou-se passar o especial alerta de recorrer ao médico em caso de sintomas de febre e diarreias por mais de 2 dias consecutivos.

4.3.5 Sessão V

Esta sessão foi delineada para todas as crianças da instituição, sendo a mesma actividade realizada nas 6 salas de ensino, com a duração de 20 minutos cada. Decorreu no dia 25 de Setembro de 2013 entre as 10h e as 12h, tendo participado todas as crianças presentes na instituição naquele dia.

Pretendeu-se passar a noção básica e concisa da importância das *Mãos* para *Cuidar do Lixo*, bem como da obrigação que cada um tem de ter em lavar as mãos, pelo menos, 5 vezes ao dia: antes das 3 refeições, depois de chegar da rua e depois de ir à casa de banho, o que lhes iria evitar ter muitas doenças entre elas dores de barriga e diarreias. Após o curto esclarecimento foi distribuído um desenho para colorir, diferente para cada uma das turmas (Anexo VIII). As crianças foram bastante participativas e, no geral, tinham a noção da necessidade em

recolher o lixo para o devido contentor, todavia não associaram minimamente a relação com doenças, nomeadamente diarreia e dores de barriga.

Ficaram então dois desafios para os próximos tempo: serem muito mais cuidadosos a lavar regularmente as mãos e pintar o desenho.

4.3.6 Sessão VI

Esta sessão aconteceu no dia 18 de Outubro de 2013, das 11h30 às 12h30.

Foi uma sessão de acompanhamento e supervisão dos procedimentos e atitudes de higiene de todos, quer dos adultos, quer das crianças, com especial atenção para o serviço de almoço, como tal houve a participação de todos os elementos da comunidade escolar presente na Instituição.

Ao longo da sessão foram identificados e corrigidos todos os procedimentos incorrectos e que poderiam levar a situações de risco, tais como:

- Não lavar as mãos antes de pegar nos alimentos; Não lavar as mãos depois de estar a mexer nos alimentos; Não colocar guardanapos a cada criança; Não trocar de talher sempre que uma criança o deixava cair ao chão; Comer com as mãos, sem antes lavar.

4.3.7 Sessão VII

Esta sessão aconteceu no dia 26 de Outubro de 2013, das 16h às 17h30.

Participaram 19 formandos incluindo os membros da direcção.

Esta foi a última intervenção destinada aos Recursos Humanos e pretendeu-se passar o mesmo questionário do início deste projecto de

forma a poder avaliar quais os conhecimentos adquiridos e se houve mudança nas perspectivas dos formandos.

4.3.8 Sessão VIII

Esta sessão, ocorrida no dia 5 de Novembro de 2013, foi dividida em duas partes, uma apenas projectada para os 2 grupos de crianças que no próximo ano lectivo avançam para o primeiro ciclo. Desta vez desenvolveu-se uma actividade de expressão plástica onde se pedia que numa folha A4, previamente dividida, as crianças desenhassem em dois espaços, uma situação correcta e outra incorrecta sobre Higiene e/ou Lixo. (Anexo IX).

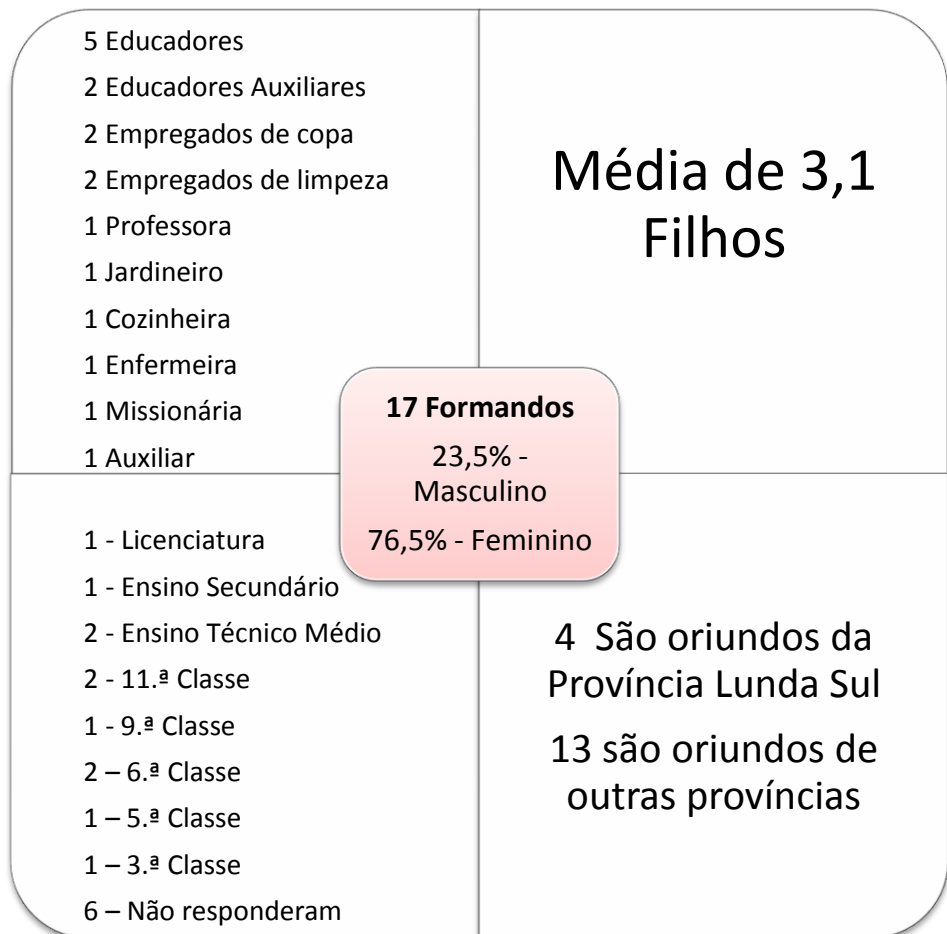
Na segunda parte foi a entrega a cada uma das crianças de um embrulho com um pedaço de sabão azul (Anexo X), patrocínio da empresa *Ponto Verde, Recolha de Resíduos, Lda.* (Anexo XI), como gesto simbólico, e com a mensagem de que devemos constantemente lavar as mãos de forma a poder evitar doenças provocadas pelos germes “invisíveis” que circulam nas mãos de cada um. Foi sugerido que as crianças não abrissem o embrulho, que apenas o fizessem em casa, na presença de quem habita com eles, onde eles seriam os professores que iriam transmitir a mensagem sobre a importância de lavar regularmente as mãos com sabão.

Esta sessão teve a presença da comunicação social.

(http://www.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/sociedade/2013/10/47/lunda-sul-criancas-creche-joao-paulo-beneficiam-kits-higiene-pessoal,36a254d5-aad9-4c17-87bc-c0e769c03b71.html)

5 RESULTADOS

Existiu uma considerada complexidade em preencher o questionário. Antes de ser preenchido, foi explicada qual a tarefa e houve o consentimento de todos. O preenchimento foi acompanhado com a leitura de cada uma das perguntas em voz alta. Verificou-se dificuldade por parte dos formandos em perceber e responder ao que lhes era pedido.



No respeitante às respostas obtidas **antes da formação**, retém-se o seguinte:

Todos os formandos têm a noção do que é o lixo e de que provoca doenças (88,2%), no entanto consideram que não produzem lixo em casa (52%) e quando questionados sobre o tipo de lixo que produzem

em casa, 47% diz serem apenas restos de comida e 29,4% não tem qualquer ideia que tipo de lixo produz.

Na perspectiva de responsabilidade social julgam que cabe ao governo e à população a obrigação de manter a cidade sem lixo, não só porque provoca doenças (70,5%) como também devido ao aspecto estético (52,9%). No global, consideram Saurimo é uma cidade bastante limpa (23,5%), sendo que ainda há algum lixo (47%). Cerca de 70,5% das respostas afirmam ver insectos como moscas e mosquitos, bem como outros animais, baratas, germes, “bichos brancos”, larvas em redor ou em cima do lixo.

Uma maioria coloca o lixo no contentor (70,5%), que respondem ser recolhido entre todos os dias (41%) ou pelo menos 2 dias por semana (23,5%), os restantes enterram-no no quintal ou mesmo colocam na beira da estrada, no que chamam “lixeiros”. O lixo será queimado (35,3%) ou enterrado (41%) na lixeira municipal.

Numa pergunta em que se pretende ter qual a noção que têm sobre reciclagem há já 58,8% que afirmam ser possível aproveitar o lixo para outro fim, mas não foram capazes de concretizar exemplos.

Em relação à água potável, água de fonte melhorada, 58,8% diz ter acesso a rede pública de abastecimento de água, dos restantes dizem ter acesso a água nos vizinhos e na cisterna pública.⁶ Antes de consumirem 47% assume ferver a água, os restantes desinfectam-na com lexívia.

⁶ Existe um mercado paralelo de água, seja por cisternas particulares que pagam uma licença e vão vendendo água em pontos na cidade, seja por quem tem água da rede e por sua vez vende aos vizinhos.

No que toca ao hábito de higiene básico de lavar regularmente as mãos evitando contágios cruzados, das opções sugeridas, a maioria assinalou os momentos de antes de comer e antes e depois de preparar as refeições como os mais importantes para esse gesto. Não tendo muita expressão outras situações como depois de mudar a fralda a um bebé ou depois de estar com uma pessoa doente.

Quando se fala em doenças, é unânime a restrição do conhecimento e importância da Malária/ Paludismo e Febre Tifóide. Maioritariamente, estas duas doenças dos familiares, dos filhos, levam 64,7% dos formandos a faltar ao trabalho, por mês.

Após a formação foi de novo passado o questionário inicial, de forma a permitir discutir e avaliar se houve alteração de conceitos e/ ou de comportamentos mencionados no momento de diagnóstico inicial.

Na súmula de respostas é notória a mudança de opiniões às mesmas perguntas, demonstrando mais assertividades nas respostas e aplicação dos conhecimentos obtidos.

Neste momento, 58,8% já considera fazer lixo em casa, seja latas, vidro, papel, mas continuam a ser os restos de comida o tipo de lixo mais produzido.

Em relação aos hábitos de acomodação do lixo que produzem, continua a haver 41% que coloca o lixo enterrado no quintal. A responsabilidade de manter a cidade limpa recai, novamente, sobre o governo e a população, porém houve 9 respostas que apontam também as empresas de recolha de lixo com uma cota de responsabilidade. Quanto à finalidade que é dada ao lixo, já todos os formandos souberam responder que, na realidade em que vivem, ou é queimado ou enterrado. Na vertente de reciclagem, aumentou para 76,5% a percentagem de formandos que acha que o lixo poderá ser

reaproveitado para outro fim, tal como “garrafas”, “indústria” e “estrume”. Mantém-se a ideia de Saurimo, apesar de algum lixo, ser uma cidade limpa.

A totalidade das respostas considera que o lixo provoca doenças e que têm consequências para a saúde, bem como é costumeiro verem insectos e/ ou outros animais em contacto com o lixo, aos anteriormente referidos, acrescentaram formigas, galinhas, cães e gatos.

No respeitante à água potável, todas as respostas manifestaram que, antes de beber, ou ferviam ou desinfectavam com lexívia.

Nos momentos em que afirmam lavar as mãos, aumentaram o número de situações, sendo antes e depois de comer, antes, durante e depois de preparar as refeições e antes e depois de mudar a fralda a um bebé as situações com mais respostas.

Nas doenças elencadas como provocadas por maus hábitos de higiene e falta de cuidados no manuseamento dos alimentos, já houve manifestação de conhecimento de mais doenças para além da Malária/ Paludismo e Febre Tifóide, tais como Leptospirose, Tétano, Sarampo, Hepatite A, Cólera, Tracoma, dermatite de contacto e Parasitas Intestinais.

Em relação às sessões realizadas, nem todos os formandos assistiram à formação, porém verificou-se uma melhoria nas respostas dadas, bem como o interesse na continuidade da formação mas em horário laboral e mesmo directamente com as crianças. Houve sugestão de proporcionar este tipo de actividades na comunidade religiosa da paróquia aos sábados à tarde ou domingos depois da celebração religiosa.

Aliando a teoria transmitida à prática diária dentro da instituição verificou-se que tanto onde se confecciona a refeição, como onde se

serve, são respeitadas, em geral, as regras de higiene. Por outro lado, confirma-se que, quer as crianças, quer os adultos tinham noção do que era incorrecto fazer, no entanto, talvez por comodismo, insistiam no risco.

No espaço físico da instituição, interior e exterior, apresentava bons níveis de higiene, não se tendo observado qualquer tipo de lixo espalhado. Havia caixotes do lixo, dispersados nos espaços chave, por toda a instituição.

Na consideração de que a “A criança é capaz de exprimir através dos desenhos ideias que não é capaz de expressar por palavras” (Pereira, Rodrigues, & Barroso, 2005) e após a realização das actividades de expressão plástica com as crianças, constatou-se que têm algum conhecimento teórico válido todavia, na aplicação prática não conseguem transformar esses saberes em competências. A grande mudança no comportamento lavagem das mãos poderá ser uma das estratégias fundamentais para a continuidade deste projecto bem como o cumprimento da meta de redução de mortes entre crianças menores de cinco anos até 2015 (Nations, The Millennium Development Goals Report 2013, 2013).

6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A **saúde** aparece desde sempre como a grande preocupação transversal na “luta” pela sobrevivência do ser humano. Nunca soubemos tanto de saúde como hoje, e no entanto, constata-se que um grande número dos problemas de saúde continua a resultar de acções directas e por vezes intencionais dos Homens (Pereira, Rodrigues, & Barroso, 2005).

Constata-se e concorda-se que em termos de legislação e estratégias governamentais já muito está delineado e de uma forma bastante

ordeira e descentralizada. Porém, e na realidade em que este estudo se baseou, há ainda uma forte resistência à mudança alicerçada nas crenças populacionais e feitiços que muitas das vezes se sobrepõe aos caminhos científicos da medicina, prejudicando as boas práticas bem como prevenção e ou promoção da saúde.

Na realidade que se vive nesta província, é visível uma grande produção de lixo e um deficiente tratamento do mesmo. O tratamento que existe é através da aterragem e queimadas (nas comunidades) o que se reflectirá na poluição das águas subterrâneas e superficiais e também liberta gases ofensivos à saúde. Por outro lado, a falta de acesso à água potável faz com que as populações recorram às águas de rios e nascentes para a sua higiene pessoal, doméstica e para a confecção de refeições e manuseamento de alimentos. Porém, como se falou anteriormente, a quantidade de lixo a céu aberto que se vê é de tal forma que, facilmente se transforma num habitat perfeito para a proliferação de insectos e transmissão de doenças. Todo este cenário se transforma na maior limitação para que se tenham resultados mais visíveis a curto prazo num projecto de promoção da saúde.

Existe uma grande aceitação na transmissão de conhecimentos. A população alvo deste estudo mostrou-se muito receptiva, de salientar a forma crítica como falaram de situações quotidianas que os incomodavam, o que nos confirma o facto do ser humano buscar o melhor para o seu bem estar e saúde e não ser imune às realidades que de alguma forma influenciam o seu bem estar físico, psíquico e social. Será necessário o reforço na importância de boas práticas como medidas de baixo custo, de forma a melhorar o abastecimento de água potável a um maior número de pessoas, saneamento e higiene.

Vê-se pois nesta situação a continuada necessidade de melhorar os conhecimentos e competências técnicas, sociais e humanas dos

36

formandos, criando condições para aceitar o convite, já feito, de futuramente manter e reforçar um plano de formação e intervenções no âmbito da prevenção e promoção da saúde no Plano de Actividades Anuais da Instituição.

Em termos globais, e sustentados na pesquisa teórica, existe o conhecimento muito bem esquematizado de como agir numa filosofia de escolas promotoras de saúde, no entanto, terá de haver um melhor envolvimento de toda a sociedade longitudinalmente. Também entidades locais devem insistir e proporcionar mais actividades interventivas concertadas e de longa duração no âmbito da promoção de saúde e hábitos de vida saudáveis junto das comunidades escolares, que só por si já são multidimensionais, tal como se patenteia no segundo Objectivo de Desenvolvimento do Milénio. Deve existir uma sinergia entre escolas e saúde e tal como os organismos oficiais o decretaram, um dos objectivos premente deverá ser a capacitação e avanço do conhecimento em países de média e baixa renda (IUHPE 2013).

A educação assente na escola tem, comprovadamente, o seu impacto positivo a curto prazo sobre os comportamentos relacionados com saúde, mas esses efeitos tendem a desvanecer-se com o tempo (Klepp, Oygard, Stell, & Vellar, 1994). No entanto concorda-se que as escolas que sigam um modelo de promoção de saúde têm uma influência transversal nos domínios cognitivo, social e comportamental de cada criança.

É inexistente a consciência ecológica, obviamente por muito trabalho que ainda há por fazer, numa cidade onde se produzem diariamente toneladas e toneladas de lixo que é deixado a céu aberto. Só mesmo uma intensa “dose” de informação usando como argumentos a

promoção da saúde e bem estar dos mais novos (que são muitos) poderá, paulatinamente ir alterando alguns comportamentos.

A implementação da Política Nacional de Saúde (Angola D. d., 2010) é uma oportunidade de fazer grandes avanços na recuperação do bem estar físico, social e ambiental de toda uma nação.

Suprir infra-estruturas para o abastecimento de água potável e para o acesso a condições adequadas da população, é de toda a importância para a saúde, para a redução da mortalidade e no caso do saneamento também pelo impacto negativo provocado ambientalmente.

Por último, fica a mensagem proferida pela Dra. Margaret Chan⁷ numa recente cimeira, Outubro 2013, no discurso de abertura, que teve como mote: *O acesso universal à água e saneamento: a alma de uma boa saúde no mundo todo*, cerca de 800 milhões de pessoas ainda não têm acesso a uma fonte de água melhorada. Bilhões não têm acesso a água segura, confiável e continuamente entregues em quantidades suficientes. Estes são números surpreendentes. O progresso em direcção à meta do saneamento é o mais fora de controle de todos os ODM, e deve comandar nossa atenção urgente.

7 BIBLIOGRAFIA

A. Moon, M. M. (s.d.). *Helping schools to become health-promoting environments—an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award*. Obtido em Setembro de 2013, de Health Promotion International: <http://heapro.oxfordjournals.org/>

Angola, D. d. (24 de Novembro de 2010). Diário da República. *Plano Nacional de Saúde*, pp. 3633-3659.

Angola, G. d. (s.d.). *Ministério da Administração do Território*. Obtido em Outubro de 2013, de <http://www.mat.gv.ao>

⁷ Directora Geral da Organização Mundial de Saúde

- Angola, P. d.-P. (2005). *Objectivos de Desenvolvimento do Milénio - Relatório de Progresso*. Luanda: República de Angola - Ministério do Planeamento.
- Angola, P. d.-P. (2010). *Objectivos de Desenvolvimento do Milénio - Relatório de Progresso*. Luanda: República de Angola - Ministério do Planeamento.
- Angola, R. d. (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017. Angola.
- Bartram J, C. L. (2009). *Water safety plan manual: step-by-step risk management for drinking-water suppliers*. Geneva: World Health Organization.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, G. S. (Setembro de 2006). Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. 19-37. LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Connor, C. D. (Julho 2010). *Angola Health System Assessment 2010*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20: Abt Associates Inc.
- Estatística, I. N. (2002). *Resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos - MICS 2 - 2001*. Luanda: INE.
- Faria, H. A., & Carvalho, G. S. (Julho/Dezembro de 2004). Escolas Promotoras de Saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola - centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde*, 22. N.º 2, pp. 79-90.
- Faria, H. A., & de Carvalho, G. S. (2 de Julho de 2004). Escolas promotoras de saúde : factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 79-90.
- Gates, B. & (s.d.). *Bill & Melinda Gates Foundation*. Obtido em 2013, de <http://www.gatesfoundation.org>
- Handwashing, T. G.-P. (s.d.). *Global Hand Washing*. Obtido em Outubro de 2013, de <http://globalhandwashing.org/>
- Howard, G., & Bartram, J. (2003). *Domestic Water Quantity, Service Level and Health*. Génève: World Health Organization.
- IUHPE 2013. (s.d.). Obtido em Outubro de 2013, de Education, International Union for Health Promotion and Education: <http://www.iuhpe.org/>
- JMP. (s.d.). Obtido em 2013, de Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation: <http://www.wssinfo.org/>
- Klepp, K.-I., Oygard, L., Stell, G., & Vellar, O. D. (1994). *Oxford Journals*. Obtido em 23 de Outubro de 2013, de European Journal of Public Health: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/4/3/195.full.pdf>
- Nations, U. (2013). *The Millennium Development Goals Report 2013*. New York: United Nations.

- Nations, U. (s.d.). *United Nations Development Programm*. Obtido em 2013, de UNDP: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview/>
- Organization, W. H. (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários - Saúde para todos no ano 2000*. Cazaquistão: WHO.
- Organization, W. H. (1986). Carta de Ottawa. *Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Canadá: WHO.
- Organization, W. H. (2013). *World Health Statistics*. Geneva: Who Library.
- Organization, W. H. (s.d.). *Health Care Waste Management*. Obtido em 2013, de Health Care Waste Management: <http://www.healthcarewaste.org/>
- Pereira, A., Rodrigues, M., & Barroso, T. (2005). *Formação para a Saúde - Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Planeamento, R. d.-M. (24 de Setembro de 2003). *Estratégia de Combate à Pobreza*. Luanda.
- Planeamento, R. d.-M. (11 de Fevereiro de 2004). *Estratégia de Combate à Pobreza. Estratégia de Combate à Pobreza - Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica*. Luanda, Luanda, Angola.
- Portugal, G. d. (s.d.). *Direcção Geral de Educação*. Obtido em Agosto de 2013, de Direcção Geral de Educação: <http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/>
- Santé, O. m. (2013). *Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Saúde, M. d. (s.d.). *ARS Algarve*. Obtido em Novembro de 2013, de <http://www.arsalgarve.min-saude.pt>
- UNICEF. (s.d.). *UNICEF*. Obtido em 2013, de UNICEF: <http://www.unicef.org>
- UNICEF, W. H. (2013). *Progress on Sanitation and Drinking-Water 2013 update*. World Health Organization Library.
- USA.GOV. (s.d.). *CDC*. Obtido em 2013, de Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/>
- WHO. (2013). *Water Quality and Health Strategy 2013-2020*.
- WHO. (2013). *World Health Organization*. Obtido em 2013, de World Health Organization: <http://www.who.int>

8 ANEXOS

Anexo I – Pedido de cedência de dados estatísticos à Clínica Privada das Lundas

Ex.^a Directora da

Clínica Privada das Lundas - Saurimo

Dr.^a Maria Conceição Pereira

Sou aluna do mestrado em Educação para a Saúde, uma parceria entre a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra (Portugal), nesse âmbito encontro-me a desenvolver a minha tese de mestrado e venho por este meio solicitar a V/ autorização para recolher **dados estatísticos** relacionados com **as análises clínicas** junto da instituição que V/ Ex.^a dirige.

A Tese de mestrado tem como título ***Mãos que cuidam do Lixo: Hábitos Pessoais, Mudanças em Comunidade***, e pretendo actuar no âmbito da formação de profissionais que lidam com crianças, sensibilizando-os para os efeitos positivos que as suas atitudes, nomeadamente o correcto manuseamento do lixo e o consumo de água potável, podem trazer para a promoção da sua saúde e da dos que os rodeiam.


Segundo documentos oficiais, quer do Governo de Angola, quer da Organização Mundial de Saúde, é consensual que uma grande maioria dos casos de mortalidade em Angola são devidos a doenças transmissíveis e mortes prematuras evitáveis. Aparecendo a malária, doenças diarreicas e doenças infecto contagiosas no topo das causas de morte.

Assim agradeço a informação que me poderá fornecer e que irá de certa forma representar quais as maiores prevalências de doenças que levam os utentes a recorrer à V/ clínica.

Agradeço desde já a atenção demonstrada, aguardando a V/ resposta

Com os melhores cumprimentos

10/ Setembro/ 2013

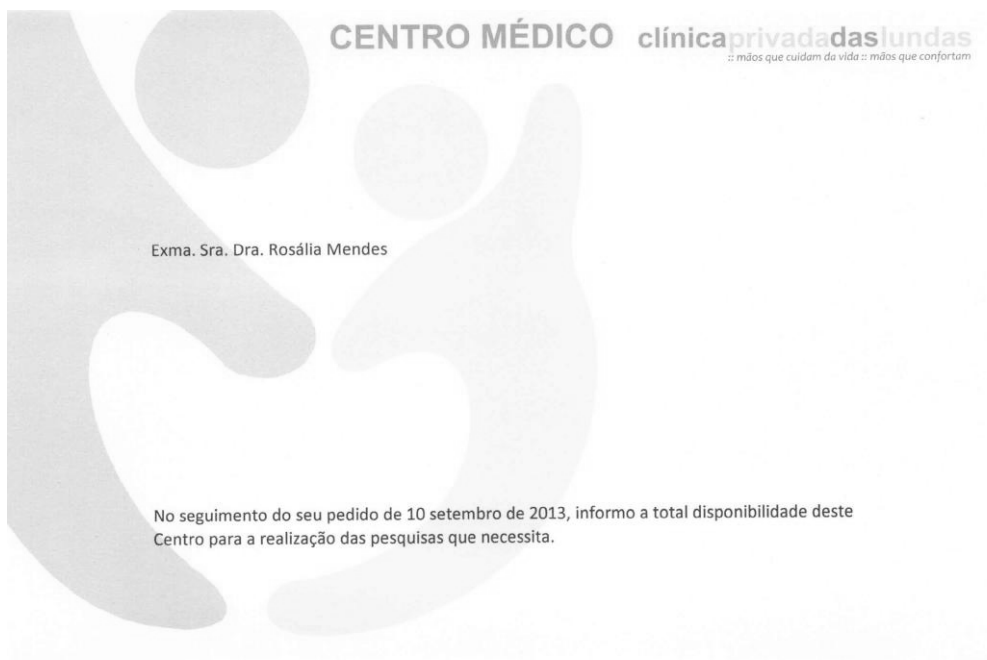


(Rosália Mendes)

☎ +244 945 323 133

rsm79@gmail.com

Anexo II - - Autorização de cedência de dados estatísticos da Clínica Privada das Lundas



Sem outro assunto de momento

Cumprimentos

20 Setembro 2013

Conceição Pereira

(Diretora Geral da CPL)

Propriedade:
SOCIOLUNDA
Contribuinte: 5901021134

Sede:
Centro de Negócios Chicapa, Loja n.º 5 - Saurimo - Lunda Sul
Telfax: +244 929 697 345 - Email: geral@cplundas.com

Delegação:
Bairro Samacaca - Dundo - Lunda Norte
www.cplundas.com

Anexo III – Pedido de autorização de intervenção no Pré-Escolar João Paulo II

Ex.^a Directora do

Pré-Escolar João Paulo II de F. M. Maria

Irmã ELZBIETA KOLPA

Sou aluna do mestrado em Educação para a Saúde, uma parceria entre a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra (Portugal), nesse âmbito encontro-me a desenvolver a minha tese de mestrado e venho por este meio solicitar a V/ autorização para implementação do meu Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde junto da instituição que V/ Ex.^a dirige.

A Tese de mestrado tem como título *Mãos que cuidam: Hábitos Pessoais, Mudanças em Comunidade – um projecto de educação para a saúde para capacitar cidadãos para a prevenção de doenças provocadas pelo lixo e água contaminada*, e pretendo actuar no âmbito da formação de profissionais que lidam com crianças, sensibilizando-os para os efeitos positivos que as suas atitudes, nomeadamente o correcto manuseamento do lixo e o consumo de água potável, podem trazer para a promoção da sua saúde e da dos que os rodeiam.

Segundo documentos oficiais, quer do Governo de Angola, quer da Organização Mundial de Saúde, é consensual que uma grande maioria dos casos de mortalidade em Angola são devidos a doenças transmissíveis e mortes prematuras evitáveis. Aparecendo a malária, doenças diarreicas e doenças infecto contagiosas no topo das causas de morte.

Assim agradeço que acolha o meu projecto, sendo que estou disponível para acertar os pormenores que julgar conveniente esclarecer de forma a ser uma também mais valia para a V/ Instituição.

Agradeço desde já a atenção demonstrada, aguardando a V/ resposta

Com os melhores cumprimentos

09/ Agosto/ 2013



(Rosália Mendes)

+244 945 323 133

rsm79@gmail.com

Autoniz poolemos
Começar Intervenção
ainda durante
Mês de Agosto
15/Agosto/2013
Irmã Elzbieta Kolpa f.m.

Anexo IV – Cronograma de Intervenções

FORMAÇÃO <i>MÃOS QUE CUIDAM</i>				
Actividades	Destinatários	Duração	Recursos	Data
Sessão I – Apresentação do projecto. Recolha de necessidades formativas.	Recursos Humanos da Instituição	1h30m	Questionário	31.08.2013
Sessão II – Lixo – contextualização histórica e malefícios para a saúde do seu mau manuseamento	Recursos Humanos da Instituição	1h30m	-----	07.09.2013
Sessão III – Discussão de temas relacionados com situações quotidianas de lixo e higiene e Identificação de perigos para a segurança alimentar	Recursos Humanos da Instituição	1h30m	Técnica de Análises; Frases	14.09.2013
Sessão IV – Doenças relacionadas com lixo e falta de higiene	Recursos Humanos da Instituição	1h30m	Técnica de Análises	22.09.2013
Sessão V – Importância de lavar as mãos e cuidar do lixo, de forma a prevenir doenças	Crianças a frequentar a Instituição	2h	Folha com desenho para colorir	25.09.2013
Sessão VI – Supervisão e acompanhamento dos procedimentos de higiene dentro da Instituição	Recursos Humanos da Instituição e crianças	1h30m	-----	18.10.2013
Sessão VII – Avaliação - Preenchimento de questionário	Recursos Humanos da Instituição	1h	Questionário	26.10.2013
Sessão VIII – Entrega de um pedaço de sabão azul a cada criança.	Crianças a frequentar a Instituição	2h	Sabão azul Papel de embrulho Ráfia Folha com actividade de desenho	05.11.2013

Anexo V – Questionário de diagnóstico e avaliação

Mãos que Cuidam do Lixo: Hábitos Pessoais, Mudanças em Comunidade

QUESTIONÁRIO	
Sexo Feminino	Sexo Masculino
Idade	N.º Filhos/ idades
Habilitações Literárias	Profissão
Naturalidade	Morada
Assinale com um X a(s) resposta(s) que considerar mais adequada:	
1. Para Si, qual é a definição mais correcta de LIXO?	
a) Tudo aquilo que não tem utilidade e se joga fora.	<input type="checkbox"/>
b) São restos que ainda podem ser aproveitados.	<input type="checkbox"/>
c) Tudo aquilo que após o seu uso pelo homem, não tem mais alguma utilidade.	<input type="checkbox"/>
2. Costuma produzir LIXO em sua casa?	
a) Não.	<input type="checkbox"/>
b) Sim.	<input type="checkbox"/>
3. Onde coloca o LIXO que produz em sua casa?	
a) No contentor municipal.	<input type="checkbox"/>
b) No quintal.	<input type="checkbox"/>
c) Num sítio abandonado (lixreira).	<input type="checkbox"/>
d) Na beira da estrada.	<input type="checkbox"/>
4. Na Sua opinião, o LIXO que produz em sua casa é maioritariamente:	
a) Papel.	<input type="checkbox"/>
b) Vidro.	<input type="checkbox"/>
c) Latas.	<input type="checkbox"/>
d) Restos de comida.	<input type="checkbox"/>
e) Não sei.	<input type="checkbox"/>
5. Quantas vezes, por semana, recolhem o LIXO na sua rua?	
a) 1.	<input type="checkbox"/>
b) 2.	<input type="checkbox"/>
c) Nunca.	<input type="checkbox"/>
d) Todos os dias, menos ao fim de semana.	<input type="checkbox"/>
e) Todos os dias.	<input type="checkbox"/>
6. Na Sua opinião, acha que o LIXO pode provocar doenças:	
a) Não.	<input type="checkbox"/>
b) Sim.	<input type="checkbox"/>
c) Não sei.	<input type="checkbox"/>
7. Costuma ver insectos e/ ou outros animais em cima/redor do LIXO?	
a) Não.	<input type="checkbox"/>
b) Sim. Quais?	<input type="checkbox"/>
8. Na sua opinião, porque é que se deve recolher o LIXO numa cidade?	
a) Para a cidade ficar mais limpa e bonita.	<input type="checkbox"/>
b) Para prevenir o aparecimento de doenças.	<input type="checkbox"/>
c) Para o Governo gastar mais dinheiro.	<input type="checkbox"/>
9. Na sua opinião, Saurimo é...	
a) Uma cidade bastante limpa.	<input type="checkbox"/>
b) Uma cidade muito suja.	<input type="checkbox"/>
c) Uma cidade onde há LIXO, mas não é muito.	<input type="checkbox"/>

10. Na sua opinião, de quem é a responsabilidade de manter a cidade limpa?	
a) Do Governo.	
b) Da População.	
c) Das empresas de recolha de lixo.	
d) Do Governo e da População.	
e) Não sabe ou não tem opinião.	
11. Na sua opinião, o que acontece ao LIXO depois de ser recolhido?	
a) Vai para a lixeira Municipal e é queimado.	
b) Vai para a lixeira Municipal e é enterrado.	
c) Não sei.	
12. Na sua opinião, acha que era possível aproveitar algum do LIXO para outro fim?	
a) Não.	
b) Sim.	
c) Talvez. Exemplo(s) _____	
13. Tem água da rede em casa?	
a) Não. Onde vai buscar água para consumo? _____	
b) Sim	
14. Costuma ferver a água antes de a utilizar para beber?	
a) Não. Como faz antes de a utilizar? _____	
b) Sim.	
15. Nas suas refeições costuma incluir alimentos crus? Quais?	
a) Não.	
b) Sim _____	
16. Em que momentos costuma lavar as mãos?	
a) Antes de comer.	
b) Depois de comer.	
c) Antes e depois de comer.	
d) Antes, durante e depois de preparar as refeições.	
e) Depois de estar próximo de uma pessoa doente.	
f) Antes e depois de mudar a fralda a um bebé.	
17. Por mês, costuma faltar ao seu trabalho por sua doença ou dos seus familiares?	
a) Não.	
b) Sim. Doença de quem? _____	
c) Qual a doença? _____	
18. No passado mês de Agosto, faltou ao trabalho por sua doença ou dos seus familiares?	
a) Não.	
b) Sim. Doença de quem? _____	
c) Qual a doença? _____	
19. Das seguintes doenças, qual ou quais é que você, ou quem vive consigo, já sofreu?	
a) Malária/ Paludismo	
b) Febre Tifóide.	
c) Leptospirose	
d) Tétano.	
e) Sarampo.	
f) Hepatite A.	
g) Cólera.	
h) Tracoma (Doença nos olhos).	
i) Dermatite de contacto (doença de pele)	
j) Parasitas intestinais.	

Anexo VI – Jogo de apresentação a Teia

A TEIA

É um jogo de apresentação onde o objectivo principal é formar uma teia à medida que os participantes se vão apresentando, bem como ir já respondendo a uma questão específica do interesse da formação.

Material: novelo de lã de qualquer cor

Como jogar: O formador começa o jogo, dizendo quais as perguntas que cada formando tem de responder quando lhe chegar o novelo à mão (exemplo: nome; idade; localidade; estado civil; o que mais gostam de fazer...) e ele próprio responde também às questões. De seguida atira aleatoriamente o novelo para um outro elemento do grupo que deverá responder ao que lhe foi pedido e assim sucessivamente.

No final de todos se apresentarem teremos como resultado visual uma teia que transmite a metáfora de trabalhar em grupo, da necessidade da presença de todos e importância dos conhecimentos de cada um.

Anexo VII – Jogo do correcto ou incorrecto

1

A Joana foi ao mercado buscar alface, chegou a casa lavou-a com água mineral e comeu-a logo de seguida com a família.

2

A Tia Alice está meio adoentada com febre e diarreias e não tem ido trabalhar, então tem ficado a tomar conta da neta que tem 1 ano.

3

O João e o António são irmãos gémeos. Andam sempre juntos. Como não têm água da rede em casa, só costumam lavar as mãos de manhã e à noite.

4

Todos nós em casa produzimos lixo, tais como: restos de comida; latas; papelão; garrafas...

5

Sempre que tenho febre, de certeza que tenho Malária/Paludismo.

6

Se os legumes não estiverem sujos, não precisamos de os lavar.

7

Devo ir ao médico se tiver febre durante mais do que um dia.

8

Não há qualquer problema em acumular lixo em casa, desde que esteja todo no mesmo sítio.

9

Numa cidade há mais lixo do que numa aldeia.

10

As pessoas que habitam na cidade têm menos doenças do que as que habitam nas aldeias.

11

Podemos prevenir muitas doenças se lavarmos as mãos muitas vezes ao dia.

12

Devo ter o cuidado de não ter lixo ou restos de comida em casa, para que os ratos, baratas e moscas não apareçam por lá.

13

A solução para os problemas do lixo, não depende apenas de atitudes governamentais, mas também do empenho de cada cidadão.

14

As crianças e os idosos são os grupos que menos doenças têm.

15

A água potável está protegida de contaminação exterior.

16

A Febre tifóide é provocada pela mordidela de uma Barata.

17

A Febre Tifóide é provocada pela ingestão de água ou alimentos contaminados com esgoto/ dejectos humanos.

18

Tal como a Malária/ Paludismo, a diarreia é uma das doenças que mais mata em Angola.

19

Devemos proteger muito bem todos os alimentos de moscas, baratas e outros roedores.

20

Não devemos nadar nas águas de enchentes ou rios suspeitos de despejo de esgotos.

21

Não jogar lixo em terrenos abandonados, nem nas ruas, nem nos rios.

22

Podemos evitar diarreias, Febre Tifóide e Hepatite A se fervermos a água antes de consumirmos ou utilizarmos nos alimentos.

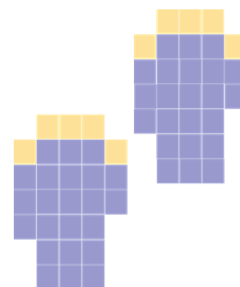
Anexo VIII – Desenhos para pintar

Devemos lavar as mãos no mínimo 5 vezes ao dia:

- ⇒ Antes das 3 refeições
- ⇒ Ao chegar da rua
- ⇒ Depois de ir à casa de banho

Lava sempre as mãos quando estiverem sujas.

Assim evitas ficar doente!!



@ SMARTKIDS

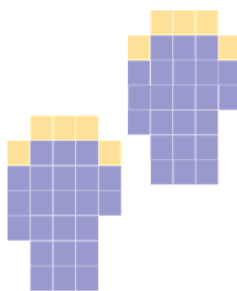
LAVAR AS MÃOS ANTES DAS REFEIÇÕES

Devemos lavar as mãos no mínimo 5 vezes ao dia:

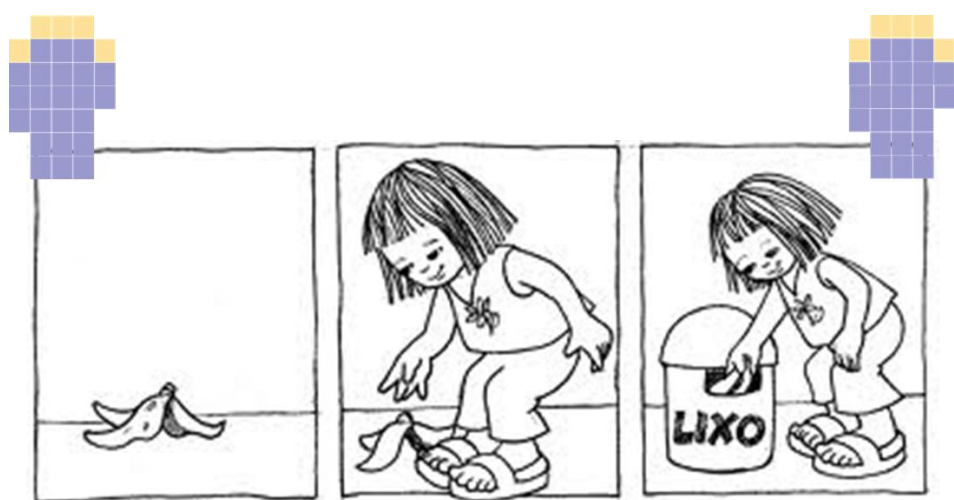
- ⇒ Antes das 3 refeições
- ⇒ Ao chegar da rua
- ⇒ Depois de ir à casa de banho

Lava sempre as mãos quando estiverem sujas.

Assim evitas ficar doente!!



**LAVAR AS MÃOS
DEPOIS DE IR
À CASA DE BANHO**



NÃO JOGUE LIXO NO CHÃO



MANter o LIXo FECHADO



NÃO JOGUE LIXO NO CHÃO



NÃO JOGUE LIXO NO CHÃO

Anexo IX – Desenho do Certo e do Errado

Higiene e Lixo

Desenha uma situação CERTA de tratar do lixo



Desenha uma situação ERRADA de tratar do lixo



Anexo X – Oferta patrocinada pela empresa *Ponto Verde – Recolha de Resíduos Lda.*



Sabão – oferta a todas as crianças da instituição



Uma das turmas onde decorreu a intervenção

**Anexo XI – Pedido e autorização de patrocínio/ colaboração
à empresa *Ponto Verde – Recolha de Resíduos Lda.***

Ex.º Sr. Presidente

Ponto Verde – Recolha de Resíduos Lda

Sou aluna do mestrado em Educação para a Saúde, uma parceria entre a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra (Portugal), nesse âmbito encontro-me a desenvolver a minha tese de mestrado e venho por este meio **solicitar um apoio para comprar sabão** junto da instituição que V/ Ex.ª dirige.

A Tese de mestrado tem como título ***Mãos que cuidam do Lixo: Hábitos Pessoais, Mudanças em Comunidade***, e pretendo actuar no âmbito da formação de profissionais que lidam com crianças, sensibilizando-os para os efeitos positivos que as suas atitudes, nomeadamente o correcto manuseamento do lixo e o consumo de água potável, podem trazer para a promoção da sua saúde e da dos que os rodeiam.

Segundo documentos oficiais, quer do Governo de Angola, quer da Organização Mundial de Saúde, é consensual que uma grande maioria dos casos de mortalidade em Angola são devidos a doenças transmissíveis e mortes prematuras evitáveis. Aparecendo a malária, doenças diarreicas e doenças infecto-contagiosas no topo das causas de morte.

Também está documentado que o simples gesto de lavar as mãos com regularidade diária é o que obtém melhores resultados custo/ benefício. Nesse sentido e como sinal simbólico pretenda dar um pedaço de sabão a cada criança que frequenta a escola na qual estou a fazer a minha intervenção.

Agradeço desde já a atenção demonstrada, aguardando a V/ resposta

Com os melhores cumprimentos

10/ Setembro/ 2013



(Rosália Mendes)

☎ +244 945 323 133

rsm79@gmail.com



